



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2010

Diagnostik in der Stomatologie: Veränderungen der Mundschleimhaut richtig deuten

Trüeb, R M

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-44626>
Journal Article

Originally published at:

Trüeb, R M (2010). Diagnostik in der Stomatologie: Veränderungen der Mundschleimhaut richtig deuten. *Dermatologie Praxis*, (3):22-25.

Diagnostik in der Stomatologie

Veränderungen der Mundschleimhaut richtig deuten

RALPH M. TRÜEB, ZÜRICH

Veränderungen der Mundschleimhaut können ein lokales Problem darstellen oder auf eine systemische Krankheit hindeuten. Dies gilt insbesondere für Stomatitiden und aphthöse Ulzerationen. Bei bestimmten stomatologischen Effloreszenzen wie der Leukoplakie oder dem Lichen ruber mucosae muss auch an die Möglichkeit der malignen Transformation gedacht werden. Klinische Kontrollen und biopsische Untersuchungen verdächtiger Läsionen sind deshalb zwingend.

Unrer einer Stomatitis versteht man eine Entzündung der Mundschleimhaut mit dem klinischen Erscheinungsbild der entzündlichen Rötung. Weitere Symptome sind Missempfindungen der Mundschleimhaut wie Brennen oder Schmerz, Geschmacksstörungen, Mundgeruch und eventuell Appetitlosigkeit bis hin zur Essensverweigerung. Die Stomatitis ist keine eigenständige Krankheitsentität. Ursachen sind Kontaktallergien auf

Mundpflegeprodukte oder Prothesenmaterial, mangelhafte Zahn- und Mundpflege, Ernährungsmangelzustände, Nikotin- und Alkoholmissbrauch, bei Zahnprothesenträgern mangelhafte Prothesenpflege, mikrobielle Besiedelung, Allgemeinkrankheiten mit Schleimhautexsikkose (inkl. Diabetes mellitus und Sjögren-Syndrom), Chemotherapie und Nebenwirkungen von Medikamenten wie Diuretika, ACE-Hemmer, Methotrexat oder Gold.

Kontaktstomatitis

Die Kontaktstomatitis ist definiert als entzündliche Intoleranzreaktion der Mundschleimhaut auf der Basis einer zellvermittelten Allergie vom Spättyp (allergische Kontaktstomatitis), als die Folge einer einmaligen Einwirkung obligat toxischer Kontakttoxinen (z. B. Säuren- oder Laugenverätzung) oder als Folge einer kumulativen Einwirkung von Kontakttoxinen in geringer, primär nicht schädigender Konzentration über einen längeren Zeitraum (toxische Kontaktstomatitis). Sind die Lippen betroffen, spricht man von einer Kontaktcheilitis.

Die Ursache ist vor allem in zahnärztlichen Werkstoffen (Akrylate, Metalllegierungen, Benzoylperoxid, Eugenol, Hydrochinon), Medikamenten und Inhaltsstoffen von Zahnpasten und Mundwässern (Farbstoffe, Duftstoffe, Konservierungsstoffe, Antiseptika) zu suchen. Bei der Kontaktcheilitis ist an Inhaltsstoffe von Lippenstiften (Eosin, Lanolin, Duftstoffe) und topischen Arzneimitteln (z. B. das Virostatikum Tromantadin) zu denken.

Bei der Diagnostik steht die Anamnese im Vordergrund, aus der sich Hinweise für eine gezielte Epikutantestung ergeben.

Stomatitis areata migrans (Lingua geographica)

Bei Patienten mit einer Stomatitis areata migrans zeigt die betroffene Schleimhaut (meist die Zunge, Lingua geographica) unter charakteristischem, relativ raschem Lokalisationswechsel eine scharf begrenzte Exfoliation (Exfoliation areata linguae). Diese verursacht bei Genuss von sauren Speisen ein Brennen. Der Einzelherd stellt sich zentral unterschiedlich rot und mit leicht erhabenem, weisslichem oder gelblichem Randsaum dar (Abb. 1). Histologisch findet sich neben einer Verbreiterung randwärts eine Spongiose des Epithels mit Durchwanderung von neutrophilen Granulozyten und



Abb. 1: Bei der Stomatitis areata migrans zeigt die Zunge oft eine scharf begrenzte Exfoliation.

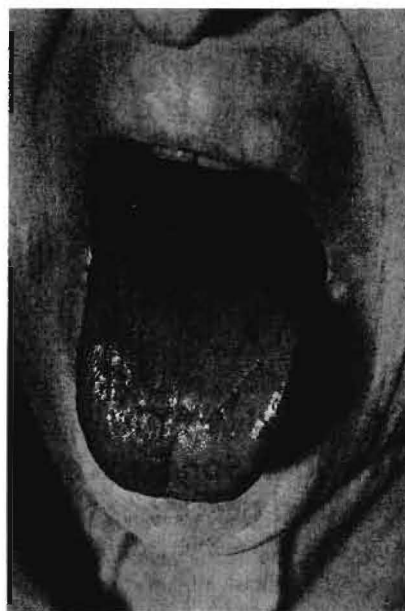


Abb. 2: Bei der atrophischen Stomatitis kann die Zunge feuerrot erscheinen.

intraepithelialer Pustelbildung, ähnlich wie bei der Psoriasis. Betroffen sind überwiegend Kinder, Jugendliche und jüngere Erwachsene. Es besteht eine Syntropie mit der Lingua plicata und mit Psoriasis.

Differenzialdiagnostisch sind Lichen ruber, Syphilis II (Plaques opalines, Plaques lisses), Möller-Hunter-Glossitis und eine Candida-Stomatitis auszuschließen. Es empfiehlt sich der mykologische Ausschluss einer Candidose sowie eine Vitamin-B12-, Folsäure- und Serumferritin-Bestimmung.

Atrophische Stomatitis

Leitsymptom der atrophischen Stomatitis ist ein Mund- (Stomatodynie) oder Zungenbrennen (Glossopyrose). Bei der klinischen Untersuchung findet sich eine Schleimhautatrophie, insbesondere im Bereich der Zunge mit Reduktion der filiformen Zungenpapillen. Je nach Ätiopathogenese kann die Schleimhaut blass, feuer- oder düsterrot erscheinen (Abb. 2). Im Lauf der Zeit kann es zur pflastersteinartigen Umwandlung der Zungenoberfläche kommen. Die Atrophie der Schleimhaut kann zur Folge haben, dass bereits geringe Traumen zu Erosionen und aphthoiden Ulzerationen führen.

Ätiologisch stehen Ernährungs-mangelzustände im Vordergrund, insbesondere Mangel an Eisen (Plummer-Vinson-Syndrom), Vitamin B12 (Perniciosa- oder Möller-Hunter-Glossitis), Nikotinsäure (Pellagra), Folsäure (z. B. unter Methotrexat) und Zink (z. B. unter ACE-Hemmer). Das Krankheitsbild tritt oft bei alten Menschen und Alkoholkranken auf.

Differenzialdiagnostisch sind die akute atrophische Candidose im Rahmen einer Antibiotikatherapie und eine chronische atrophische Candidose an den Mundschleimhaut-Auflageflächen von Zahnprothesen (v. a. bei Diabetikern) auszuschließen. Es empfehlen sich deshalb ein mykologischer Abstrich sowie eine internistische Untersuchung. Hypovitaminosen und andere Mangelkrankheiten kommen durch alimentären Mangel, Störungen der Darmflora oder Störungen der Resorption zustande.

Aphthenkrankheit

Aphthen sind rundlich-ovaläre Schleimhauterosionen oder -ulzerationen mit Randerythem, die einige Tagen bis mehrere Wochen bestehen. Aphthen können im Rahmen verschiedener Krankheiten



Abb. 3: Aphthen vom Mikulicz-Typ haben einen Durchmesser von <10 mm und treten vor allem in der vorderen Mundhöhle auf.

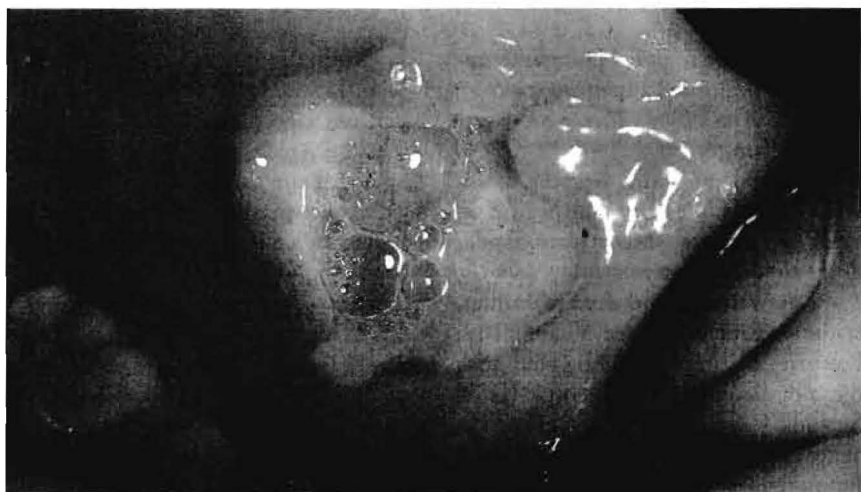


Abb. 4: Aphthen vom Sutton-Typ haben einen Durchmesser von >10 mm und treten vor allem in der hinteren Mundhöhle auf.

entstehen. Mit Abstand am häufigsten sind die rezidivierenden oder habituellen Aphthen, die wohl häufigste Krankheit der Mundschleimhaut. Man unterscheidet drei Typen.

Aphthen vom Mikulicz-Typ (Abb. 3) haben einen Durchmesser von <10 mm. Gewöhnlich treten weniger als fünf Aphthen dieses Typs gleichzeitig auf. Sie bevorzugen die vordere Mundhöhle, bestehen weniger als zehn Tage und heilen ohne Narbenbildung ab.

Aphthen vom Sutton-Typ (Abb. 4) haben einen Durchmesser von >10 mm, bevorzugen die hintere Mundhöhle und bestehen mehrere Wochen bis drei Monate. Sie können Narben hinterlassen.

Herpetiforme Aphthen haben einen Durchmesser von 1–3 mm, treten in Gruppen >100 auf und können konfluieren. Sie kommen in der ganzen Mundhöhle vor, am häufigsten seitlich der Zunge.

Bei oralen aphthösen Ulzerationen müssen folgende Erkrankungen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden:

- Infektionskrankheiten (Gingivostomatitis herpetica, Varizellen, Herpangina, Hand-Fuss-Mund-Krankheit, Zytomegalievirus, AIDS, Syphilis)
- Arzneimittelreaktionen (z. B. Gold, Methotrexat)
- Dermatologische Erkrankungen (Lichen ruber, Pemphigus vulgaris, bullöses Pemphigoid, vernarbendes Pemphigoid, Erythema exsudativum multiforme, Lupus erythematoses)
- Hämatologische Erkrankungen (zyklische Neutropenie, Agranulozytose, Leukämie)
- Gastrointestinale Erkrankungen (Zöliakie, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Morbus Adamantiades-Behçet: rezidivierende orale und genitale Ulzera-

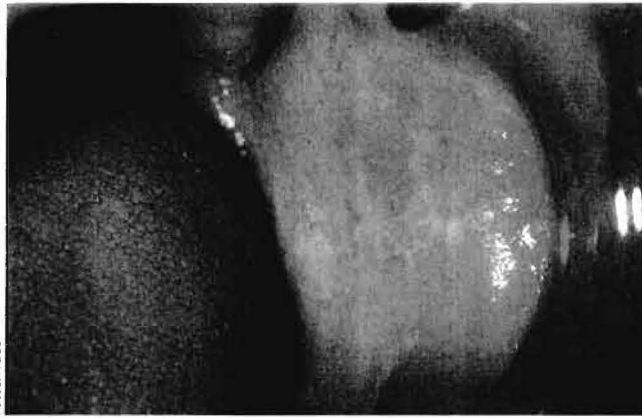


Abb. 5: Typisch für die retikuläre Form des Lichen ruber mucosae: nicht abstreifbare, matt- oder milchweisse Netzzeichnung.



Abb. 6: Bei der atrophischen Form des Lichen ruber mucosae stossen sich die obersten Zahnfleischschichten ab.

tionen, Augen- und Hautmanifestationen, positiver Pathergietest).

Abklärungen

Bei der Abklärung wird versucht, auslösende Faktoren wie bestimmte Nahrungs- oder Arzneimittel, Menstruation oder Stress zu identifizieren.

Des Weiteren wird der Ernährungsstatus des Patienten (Eisen, Vitamin B12, Folsäure) bestimmt. Wichtig sind auch die mikrobiologische Diagnostik (HSV, Syphilis, Candida), immunologische Diagnostik (anti-Gliadin-Antikörper, autoimmunbullöse Erkrankungen, ANA, RF, anti-SSA, ANCA, HIV) sowie die dermatologische, hämatologische und gastroenterologische Ausschlussdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung von M. Adamantiades-Behçet, zyklischer Neutropenie, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Lichen ruber mucosae

Beim Lichen ruber (planus) handelt es sich um eine relativ häufige, nicht-infektiöse, entzündliche Haut- und Schleimhauterkrankung. Sie kann in jedem Lebensalter auftreten, am häufigsten ist sie jedoch bei Erwachsenen. Männer und Frauen sind gleich oft betroffen.

Schleimhautbefall findet sich in 25–70% der Fälle und ist von hohem diagnostischem Wert. Ein isolierter Schleimhautbefall kommt bei 30% der Patienten vor. Lokalisationen sind Wangenschleimhaut (80%), Zunge (50%), Lippenrot (20%) sowie Gingiva (10%). Die Schleimhautveränderungen haben eine grosse Formenvielfalt und eine hohe Chronizitätsneigung.

Lichen ruber mucosae, retikuläre Form

Typisch für die retikuläre Form des Lichen ruber mucosae ist eine nicht abstreifbare, matt- oder milchweisse Netzzeichnung, zumeist an den Wangen nach den Mundwinkeln oder gegenüber den Molaren (**Abb. 5**).

Differenzialdiagnostisch ist an Morsicatio buccarum (Bissleiste, habituelles Wangenkauen), pseudomembranöse Candidose (leicht abschiebbar), Leukoplakie (irritativ, dysplastisch) zu denken.



Abb. 7: Als Leukoplakie bezeichnet man einen weissen, nicht abwischbaren Schleimhautfleck.

Lichen ruber mucosae, atrophische Form

Bei der atrophischen Form des Lichen ruber mucosae (desquamative Gingivitis) handelt es sich um eine schmerzhaft entzündliche Rötung der Gingiva, bei der sich die obersten Zahnfleischschichten abstossen (**Abb. 6**). Wegen der schmerzhaften Reinigung der Mundhöhle ist diese Form des Lichen ruber oft von einer plaquebedingten, chronischen Gingivitis begleitet.

Die desquamative Gingivitis ist kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern kann das Symptom eines Lichen ruber mucosae (atrophische Form) oder eines Schleimhautpemphigoids sein. Es kann sich auch um eine lokale Überempfindlichkeitsreaktion auf Mundwasser (Chlorhexidin), Zahnersatzmaterialien, Medikamente oder Natriumlaurylsulfat (in Zahnpasten) handeln.

Lichen ruber mucosae, leukoplakische Form

Leukoplakie ist rein klinisch definiert und beschreibt einen weissen Schleimhautfleck, der nicht abwischbar ist. Sie stellt die häufigste Verhornungsstörung der Mundschleimhaut dar und ist polyätiologisch bedingt. Mitunter kann die Leukoplakie eine Erscheinungsform des Lichen ruber mucosae sein und kleinfleckig, pflastersteinartig aggregiert oder flächig auftreten (**Abb. 7**).

Die Differenzialdiagnose ist breit und umfasst hereditäre Leukoplakien (z. B. weisser epithelialer Schleimhautnaevus), exogen-irritative Leukoplakien (z. B. mechanische Irritation durch schadhafte Zähne oder Zahnersatz), chemische Noxen (z. B. Tabak), Viruspapillom(-ato-

sen), chronisch hyperplastische Candidose, chronisch entzündliche Leukoplakien anderer Ätiologie (z. B. Glossitis interstitialis luica) und Präkanzerosen (Leukoplakien mit histologisch feststellbaren Zeichen der Dysplasie).

Lichen ruber mucosae, erosiv-ulzeröse Form

Bei der erosiv-ulzerösen Form des Lichen ruber mucosae handelt es sich um oft stark schmerzhaft, erosiv-ulzeröse Schleimhautveränderungen mit hoher Chronizitätsneigung (Abb. 8).

Differenzialdiagnostisch ist in erster Linie an die autoimmunbullösen Dermatosen mit Mundschleimhautbeteiligung zu denken, vor allem Schleimhautpemphigoid und Pemphigus vulgaris, ferner Lupus erythematoses, Éctodermose pluriorificielle Fiessinger-Rendu-Fuchs (Erythema exsudativum multiforme der Schleimhäute) und Arzneimittelreaktionen (z. B. Methotrexat).

Abklärungen

Gewöhnlich sind eine Biopsie und ein mykologischer Abstrich im Hinblick auf eine sekundäre Candidose indiziert. Vor allem bei der desquamativen Gingivitis und bei der erosiv-ulzerösen Form des Lichen ruber mucosae sollte auch eine direkte Immunfluoreszenzuntersuchung zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung des Schleimhautpemphigoids (li-



Abb. 8: Die erosiv-ulzeröse Form des Lichen ruber mucosae ist oft sehr schmerzhaft.

neäre Immunablagerungen entlang der Basalmembranzone) bzw. eines Pemphigus vulgaris (intraepitheliale interzelluläre Immunablagerungen) erfolgen.

Da bis zu 10% der leukoplakischen Schleimhautveränderungen als präkanzerös anzusehen sind und in bis zu 3% der Fälle ein Carcinoma in situ vorliegt, bedürfen derartige Veränderungen stets

einer differenzialdiagnostischen Abgrenzung durch eine gezielte biopsische Untersuchung. Da maligne Transformation auf dem Boden eines Lichen ruber mucosae vorkommt (besonders bei der erosiv-ulzerösen Form), sind regelmässige klinische Kontrollen und gezielte biopsische Untersuchungen verdächtiger Läsionen im Verlauf angezeigt.

Prof. Dr. med. Ralph M. Trüeb

Dermatologische Klinik
Universitätsklinik Zürich
Gloriastrasse 31, 8091 Zürich
ralph.trueeb@usz.ch
Dermatologische Praxis und Haarcenter
Professor Trüeb
Zentrum Wallisellen (ab August 2010)



Weiterführende Literatur:

1. Bork K, et al.: Diseases of the Oral Mucosa and the Lips. W. B. Saunders Company, 1996.
2. Camisa C, Rindler JM (eds.): Disease of the Oral Mucous Membranes. Current Problems in Dermatology Vol. VIII, Number 2, March/April 1996: 41–96.
3. Cawson RA, et al.: Color Atlas of oral disease. Clinical and pathologic correlations. Second Edition. M Wolfe, 1993.
4. Jones HH, Mason DK (eds.): Oral Manifestations of Systemic Disease. Second Edition. Baillière Tindall, 1990.
5. Miles DA, Rogers RS III (eds.): Disorders Affecting the Oral Cavity. Dermatologic Clinics, Saunders, April 1996.

BUCHTIPP

Die Antwort auf haarige Fragen

Wie erklärt man einem Laien kurz und verständlich, was eine akantholytische Dermato-
tose ist und warum die Lichtallergie keine Allergie ist? Die Dermatologen des Universitätsklinikums Zürich beantworten täglich Patientenfragen per E-Mail. Die interessantesten Antworten kann man jetzt in einem Taschenbuch nachlesen.

Seit einigen Jahren können Patienten sich per E-Mail von Experten des Universitätsklinikums Zürich (USZ) in Gesundheitsfragen beraten lassen. Das Ärzteteam hat seit Online-Dienstbeginn die häufigsten Anfragen zum Thema «Dermatologie» gesammelt und ein Buch veröffentlicht, das sowohl für Laien als auch Mediziner interessant ist.

«Haut und Haare/Häufig gefragt – von Ärzten beantwortet» ist ein Lehrbuch der etwas anderen Art. Das schlägt sich auch

in der Gestaltung wieder. Die Kapitel tragen Überschriften wie «Haarige Fragen», «Wenn Eindringlinge die Haut erobern» und «Was keiner gerne sieht». Nicht jedes Krankheitsbild ist bebildert und wenn, dann mit ästhetischen Bildern, die man auch an einer Cocktailparty herumzeigen könnte. Ein Nachschlagewerk für Blickdiagnosen darf der Leser also nicht erwarten. Doch das ist auch nicht die Intention der Autoren. Patienten sollen durch Information mündig gemacht, aber nicht zur Selbstdiagnose animiert werden. So enthalten die Antworten auch stets den Hinweis, bei welchen Beschwerden ein Arztbesuch unumgänglich ist. Mediziner finden in dem Buch gute Formulierungen für laienfreundliche Aufklärungsgespräche. Vor allem kann man lernen, wie man auch «kurze» Patientenfragen am Telefon oder im privaten Rahmen zufriedenstellend beantworten kann, auch wenn



Christiane Brookes, Sabine Schmidt-Weitmann, Günther Hofbauer: Haut und Haare/Häufig gefragt – von Ärzten beantwortet

ISBN 978-3-9522368-3-3
158 Seiten, Taschenbuch
CHF 19.90

die Situation (und Zeit) keine Untersuchung zulässt und die Gefahr besteht, fahrlässig zu antworten.

Sima Djalali